



Departamento de Servicios Infantiles de Tennessee
Solicitud de servicios de intervención familiar

Este formulario se debe usar para hacer derivaciones a Intervención Familiar o Servicios de Apoyo Familiar.

Fecha de la derivación: _____ Fecha en que se **recibió** la derivación finalizada: _____

Nombre completo del niño/joven		Raza	Sexo	Hispano	Fec. Nac.	No. de SS
Parte que deriva		No. de teléfono	Fuente de la derivación		Fecha y hora de recepción	
Verificación de Indígenas Americanos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Juez	Jurisdicción judicial	Última fecha de contacto		Tipo de contacto	Contacto realizado por	
Nombre del Abogado (o N/A para ninguno)		Función del Abogado			Información de Contacto	
Nombre del Abogado (o N/A para ninguno)		Función del Abogado			Información de Contacto	
Nombre del Abogado (o N/A para ninguno)		Función del Abogado			Información de Contacto	
Nombre del Abogado (o N/A para ninguno)		Función del Abogado			Información de Contacto	
Nombre del Abogado (o N/A para ninguno)		Función del Abogado			Información de Contacto	
¿Con quién vive el menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Escuela actual		Grado actual		Educación especial		
¿El menor tiene TennCare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿La familia recibe servicios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, indique la ubicación/el proveedor		
Nombre del padre/tutor y relación		No. de SS	Nombre del padre/tutor y relación		No. de SS	
Fecha de nacimiento		Raza	Fecha de nacimiento		Raza	
Dirección			Dirección			
Ciudad, estado, código postal		Número de teléfono	Ciudad, estado, código postal		Número de teléfono	
Complete todas las secciones para cualquier otra persona que viva en la misma casa						
Nombre	En riesgo	Fec. Nac.	No. de SS	Sexo	Relación con el menor en riesgo:	
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					

Consulte la página web de "Forms" para obtener la versión actual e ignore todas las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin la previa autorización.

Distribución: Familia/cliente, expediente de caso del menor
 CS-0498-SP Rev 9/22



RDA 2993

	<input type="checkbox"/>				
Explique por qué se necesitan servicios.					
Indique las conductas problemáticas que presenta el menor (incluya todos los riesgos)					
Indique todos los servicios actuales (incluya las fechas)					
Ubicación actual del niño/joven/padres: _____					
Derivación a FSS:	<input type="checkbox"/> Conflicto familiar	<input type="checkbox"/> Fugitivo	<input type="checkbox"/> Ausentismo escolar	<input type="checkbox"/> Rebeldía	
Derivación de caso a FCIP:	<input type="checkbox"/> Conflicto familiar	<input type="checkbox"/> Fugitivo	<input type="checkbox"/> Ausentismo escolar	<input type="checkbox"/> Rebeldía	
Derivación de caso a FSW:	<input type="checkbox"/> Conflicto familiar	<input type="checkbox"/> Fugitivo	<input type="checkbox"/> Ausentismo escolar	<input type="checkbox"/> Otro	
¿La familia tiene conocimiento de la derivación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Describa la situación actual y los comportamientos que llevaron a la crisis: _____ _____					
¿Alguna vez el menor ha sido acusado de un delito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, ¿fue juzgado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿El menor está en libertad condicional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, tipo de libertad condicional: _____			
¿Se ha presentado una petición juvenil para el niño/joven? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, Tipo de petición pendiente _____			
¿El niño/joven necesita tratamiento y/o rehabilitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Solo para derivaciones por ausentismo escolar:		¿El niño/joven tiene al menos diez (10) ausencias injustificadas?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Se ha proporcionado <u>documentación</u> de lo siguiente:		1. Una carta a la familia para notificarles el problema.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. Una derivación a la junta de ausentismo escolar, cuando corresponda. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		3. ¿Los padres fueron multados?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Otras personas importantes involucradas con esta familia (hermanos, familia extendida, otros). Indique los nombres, edades y la relación con el menor:					
Nombre: _____		Edad: _____		Relación: _____	
Nombre: _____		Edad: _____		Relación: _____	
Instrucciones para llegar al hogar: _____					
Indique en el renglón a continuación todas las dificultades conocidas de salud mental o física, u otras dificultades de funcionamiento del menor y la familia: _____					

**Solo para uso interno de DCS/For DCS administrative use only:
No escribir debajo de esta línea/Do not write below this line**

Application/Referral is: Accepted **Date and time assigned** / / : a.m. p.m. **Start Date** _____

Consulte la página web de "Forms" para obtener la versión actual e ignore todas las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin la previa autorización.

Distribución: Familia/cliente, expediente de caso del menor
CS-0498-SP Rev 9/22



RDA 2993

Página 2 de 3

Declined If declined detail reasons: _____

Referral Approved or Denied by:

Telephone number () -

Fax number () -

Receiving Worker's Signature/Date

Assigned Worker's Signature/Date

Team Leader's Signature/Date